

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1953

N° 776

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

BOURDIER Pierre-Lucien

né le 10 Janvier 1924, à BIOLLET (Puy-de-Dôme)

Présentée et soutenue publiquement le *1953*

LES ADAMANTINOMES
POLYKYSTIQUES
DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR
IDÉES ACTUELLES SUR LEUR TRAITEMENT

Président : M. DECHAUME, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1953

n°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

B O U R D I E R Pierre-Lucien

né le 10 Janvier 1924, à BIOLLET (Puy-de-Dôme)

Présentée et soutenue publiquement le1953

LES ADAMANTINOMES

P O L Y K Y S T I Q U E S

DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

IDEES ACTUELLES SUR LEUR TRAITEMENT

Président : M. DECHAUME, Professeur

— 4 —

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUTIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUTIN, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, COUGEROT H. GUILLAIN, HARVIER, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE, SEBILEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		CORDIER G.
Anatomie pathologique		DELARUE A.
Bactériologie		GASTINEL P.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT P.
Biologie médicale		VERNE J.
Cancérologie médicale et sociale		HUGUENIN R.
Carcinologie		OBERLING C.
Chimie médicale		POLONOVSKI M.
	(Hôtel-Dieu	BROCQ P.
	(Saint-Antoine	CADENAT F.
Cliniques chirurgicales	(Salpêtrière	MONDOR H.
	(Cochin	QUENU J.
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique		MERLE d'AUBIGNE R.
Clinique de cardiologie		DONZELOT E.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie		FEVRE M.
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MONOD R.
Clinique de la tuberculose		BERNARD E.
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS D.
Clinique de puériculture		LELONG M.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS R.
Clinique des maladies du sang		CHEVALLIER P.
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE T.
Clinique des maladies des enfants		DEBRE R.
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET P.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY J.
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO P.
	(Hôtel-Dieu	BENARD H.
	(Bichat	LAROCHE G.
Cliniques médicales	(Cochin	MOREAU R.
	(Pitié	LEMAIRE A.
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		JUSTIN-BESANÇON L.
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT L.
	(Tarnier	LANTUEJOUL P.
Cliniques obstétricales	(Baudelocque	LEVY-SOLAL E.
	(Port-Royal	LACOME M.

	MM.
Clinique ophtalmologique	VELTER E.
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN A.
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET C.
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER C.
Clinique rhumatologique	COSTE F.
Clinique stomatologique	DECHAUME M.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE J.
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL
Clinique urologique	FEY B.
Embryologie	GIROUD A.
Génétique	LAMY M.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MOUQUIN M.
Histologie	CHAMPY C.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA J.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON C.
Médecine du Travail	DESOILLE H.
Médecine légale	PIEDELIEVRE R.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD H.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDARD D'ALLAINES F.
Pathologie exotique	LAVIER G.
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE J.
Pathologie médicale	BARIETY M.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES L.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD R.
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON A.
Physiologie	BINET L.
Physique médicale	STROHL A.
Radiologie médicale	DESGREZ H.
Technique chirurgicale	MOULONGUET P.
Thérapeutique	TURPIN R.

II. PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(DEBEYRE J. (DELMAS A.	Histologie	(BULLIARD H. (Pr.s.ch. (COUJARD R. (DESCLAUD P.
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS ((Mlle P.) Pr.s.ch. (BUSSER F.	Hydrologie	DEBRAY C.
Bactériologie	(FASQUELLE R. (BEVOT A.	Hygiène	(BOYER J. (DEPARIS M.
Biologie médicale	BOURLIERE F. (ETTORI J. (Pr.s.ch. (JAYLE M.F. (Pr.s.ch. (SCHAPIRA G.	Médecine légale	(DEROBERT L. (GAULTIER M.
Chimie médicale		Neuro-chirurgie	N.....
Dermato-Syphiligraphie N...		Neurologie	SEZE (S de) (GRASSET J. (LEPAGE F. (MAYER M. (MERGER R. (RAVINA J. (VARANGOT J.

	MM.
Ophtalmologie	(OFFRET G. (DESVIGNES P.
Oto-rhino- laryngologie	(HALPHEN E. (Pr.s.ch. (MADURO R.
Parasitologie	BRUMPT L.
Parasitologie colo- niale ff	CHABAUD
	(ABOULKER P. (BAUMANN J. (GOSSET J. (HUGUIER J. (LAURENCE G. (LEGER L. (OLIVIER Cl. (PADOVANI P. (POILLEUX M. (ROUX M. (RUDLER JC. (VERNE J.M.
Pathologie chirurgicale	
Pathologie expérimentale	MERKLEN P. (BERNARD J. (BOUDIN G. (CASTAIGNE P. (CONTE M. (DECOURT J. (DOMART A. (DOMART A. (DREYFUS ((Gilbert)
Pathologie médicale	

	MM.
Pathologie médicale	(FAUVERT R. (HAMBURGER J. (KOURILSKY R. (MILLIEZ P. (PERRAULT M. (RAMBERT P. (THIEFFRY St. (TURIAF J. (N... (N... (N...
Pédiatrie	(LAPLANE R. (MARIE J. (LEVY (Mlle J.) (Pr.s.ch.
Pharmacologie	(CHEYMOL J.H. (Pr.s.ch.
Physiologie	(BARGETON D. (Pr.s.ch. (PARROT J.L.
Physique médicale	(DJOURNO A. (GOUGEROT L.
Psychiatrie	BARUK H.
Psychiatrie infantile	MICHAUX L.
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	PERRAULT charge de l'en- seignement
Urologie	KUSS R.

III. - PROFESSEURS HONORAIRES et AGREGES
RAPPELES à l'EXERCICE
pour le service des examens

MM. BRINDEAU A. (Obstétrique) - GATELLIER J. (Clinique chirurgicale)
LE LORIER V. (Obstétrique) - VAUDESCAL R. (Obstétrique)

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE et AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	(AMELINE A. (MENEGAUX G. (PATEL J. (SICARD A.	Clinique médicale	(BOULIN R. (DROUET G. (CACHERA R. (GARCIN J.

	MM.		MM.
Clinique médicale	(HAGUENAU M. (MARCHAL G. (SOULIE E.	Clinique ophtalmologique	RENARD G.
Clinique obstétricale	(DIGONNET L. (ECALLE	Clinique urologique	COUVELAIRE R.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	MOREL J.
Secrétaire-adjoint	Mlle CHAINTREUIL G.

Conservateur	Docteur HAHN A.
Bibliothécaires	M. DOUAN G., Mlles DUMAITRE P., GOICHON A.M., LE NOIR G., METIN F.

A Monsieur le Professeur Michel DECHAUME

Professeur de clinique stomatologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Stomatologiste des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur
Médaille Militaire
Croix de Guerre

qui nous a fait l'honneur d'accepter la
Présidence de cette thèse.

Hommage respectueux.

A mon Maître

Monsieur le Docteur André LATTES

Stomatologiste des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

qui nous a inspiré ce travail et nous a
guidé dans sa réalisation.

Avec toute notre gratitude pour l'ensei-
gnement qu'il nous a donné et la sympathie
qu'il nous a toujours manifesté.

A mon Maître

Monsieur le Docteur Pierre CERNEA

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Stomatologiste des Hôpitaux

En remerciement des conseils éclairés
qu'il nous donna dans son service.

A Monsieur le Docteur Roger BATAILLE

Stomatologiste des Hôpitaux

A qui nous devons une partie de ce
travail.

Qu'il soit assuré de notre sincère
reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Docteurs THIBAUT - PARANT - RICHARD - CERNEA -
LATTES - BATAILLE.

A mes Maîtres de l'Institut de Stomatologie de la
Faculté de Médecine de Paris.

A mes juges.

A M E S P A R E N T S

A U X M I E N S

A M E S A M I S

I N T R O D U C T I O N

Notre projet, en reprenant l'étude des adamantinomes polykystiques des maxillaires, est surtout d'exposer les idées actuelles sur les problèmes thérapeutiques posés par ces tumeurs.

Soulignons bien d'abord que le traitement idéal - mettant le malade de façon certaine et définitive à l'abri de toute récurrence - n'a pas encore été précisé.

Cela tient sans doute au fait que les adamantinomes polykystiques sont des tumeurs qu'il est encore difficile de classer. Peut-être sont-ils proches de ces "épithéliomas ramifiés" de LEROUX, dont la malignité en puissance n'attend qu'une occasion favorable de se révéler ?

Peut-être leur tendance à la récurrence tient-elle uniquement à la difficulté de préciser cliniquement et radiologiquement leurs limites, et par conséquent de réaliser à coup sûr une cure radicale.

Pour exposer clairement notre sujet, nous avons cru utile de reprendre l'étude générale des adamantinomes.

Après ce rappel, nous pourrions plus facilement discuter des divers traitements proposés, de leur valeur respective, de leurs indications.

EMBRYOLOGIE

C'est MALASSEZ qui, de 1874 à 1885, a montré l'importance des débris épithéliaux provenant des éléments dento formateurs dans la genèse de nombreuses tumeurs des maxillaires et en particulier des adamantinomes. Un rappel embryologique est donc indispensable à la compréhension de ce qui va suivre.

Vers le 40^e jour de la vie intra-utérine, chez l'embryon de 20 mm., l'ectoderme présente, sur la face ventrale de l'extrémité antérieure, une invagination qui sera l'orifice buccal. Sur une petite zone linéaire, l'épithélium émet dans le mésoderme un prolongement continu : c'est le mur plongeant, qui a la forme d'un fer à cheval ouvert en arrière. Par sa face interne, le mur plongeant émet à son tour un deuxième prolongement : la lame dentaire, qui se renfle par places pour former les bourgeons dentaires ou organes adamantins. Il y a deux bourgeons par lame : le premier correspondant à la dent temporaire, le deuxième à la dent permanente. Mais il peut se produire d'autres diverticules supplémentaires, les bourgeons paradentaires, qui, chez l'homme, sont normalement appelés à disparaître.

Toute la lignée cellulaire, dérivée de la lame dentaire, est formée d'un épithélium de type ectodermique, mais cet épithélium subira un certain nombre de différenciations.

C'est ainsi que les cellules du bourgeon dentaire, qui sont primitivement les cellules de l'épithélium malpighien dont elles dérivent, se différencient bientôt en trois couches :

- 1°) La couche superficielle devient pavimenteuse;
- 2°) La couche profonde est formée d'une seule assise de hautes cellules cylindriques, qui donnent l'émail : ce sont les adamantoblastes ou améloblastes, dont le noyau est refoulé vers la périphérie;

- 3°) Entre ces deux couches, les cellules se modifient et prennent le type adamantin : ce sont les "cellules étoilées", à prolongements rameux anastomosés entre eux; ces cellules sécrètent une substance interstitielle qui les éloigne les unes des autres, formant ce que l'on appelle la gelée d'émail.

Dans le même temps, les cellules du mésoderme se multiplient au contact de ces formations épithéliales; des vaisseaux se forment, qui viennent déprimer le fond du follicule adamantin : c'est l'ébauche de la papille dentaire à la périphérie de laquelle les cellules conjonctives se modifient et deviennent les odontoblastes appelés à former l'ivoire.

La formation de l'émail se fait par couches successives qui se recouvrent l'une l'autre, elle est centrifuge; la formation de la dentine, inversement, se fait par couches successives qui rétrécissent la papille, elle est centripète.

On voit donc, si l'on s'en tient à la théorie classique, que l'émail est formé par l'ectoderme et l'ivoire par le mésoderme.

A ce moment, la racine s'édifiant progressivement, la dent commence à faire son éruption "comme une tige qui s'élève". Elle est guidée dans sa progression par les vestiges de la lame dentaire qui subissent des transformations dont la principale est le passage d'un certain nombre de cellules à l'état de vacuoles. La dent trouve ainsi au-devant d'elle non plus un cordon plein, mais une série de formations kystiques échelonnées qui lui constituent une sorte de canal excréteur. C'est ce qui a valu à ces formations le nom d'iter-dentis ou gubernaculum dentis.

Les différentes formations épithéliales qui ont contribué au développement de la dent ne disparaissent pas toujours aussi complètement qu'il serait normal, une fois leur rôle terminé. Leurs débris, après la sortie de la dent, sont disposés tout autour de la racine, depuis le collet jusqu'à l'apex, dans l'épaisseur même du ligament alvéolo-dentaire. Ils sont réduits à de petits îlots cellulaires formés de cellules très peu nombreuses, qui mènent une vie latente; ils sont dits : débris épithéliaux de Malassez.

On peut les répartir en trois groupes :

- 1°) Un groupe profond, répondant au résidu du fond de l'organe adamantin.
- 2°) Un groupe moyen, représentant le résidu du gubernaculum dentis.
- 3°) Un groupe superficiel, correspondant au mur plongeant.

Ces formations existent aussi bien autour de la dent temporaire qu'autour de la dent permanente. Et il arrive qu'à côté de la dent définitive, généralement en avant d'elle, il persiste dans l'os des débris épithéliaux appartenant à la première dentition. Ces débris occupent le plus souvent la partie superficielle et vestibulaire de l'os.

A un stade quelconque de leur évolution, "la folie adamantine" peut se réveiller sous une influence souvent indéterminée et créer ces tumeurs épithélio-conjonctives dont les adamantinomes sont le type le plus caractéristique. Dans certains cas, ce sont les "restes", les "débris épithéliaux" de la lame, du gubernaculum, de l'organe de l'email. qui retrouvent une nouvelle activité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ASPECT MACROSCOPIQUE -

Masse irrégulière et bosselée, formée de cavités arrondies du volume d'une noix ou d'une noisette, parfois même plus petites, d'où aspect en "grappe de raisin", décrit par BERCHER.

Habituellement, il existe deux ou trois grandes loges qui communiquent entre elles et sont entourées de geodes plus petites.

Ces cavités kystiques ont leur paroi osseuse tapissée d'une membrane bleuâtre, vasculaire, très fine. Des travées osseuses plus ou moins amincies séparent les différentes loges.

Le contenu de ces kystes a un aspect variable; tantôt c'est un liquide clair, visqueux, gélatiniforme, tantôt il est jaune ou brun chocolat; il peut contenir des cristaux de cholestérine.

Il est fréquent de rencontrer sur la même pièce des parties solides voisinant avec des cavités kystiques. Ces parties solides sont constituées par des masses molles, gélatineuses, rosées ou blanchâtres de consistance "moelle de sureau" (PARANT). Pour d'autres auteurs, elles ont un aspect lardacé, pour THOMAS elles ont une consistance finement granuleuse. Ici encore on peut trouver à l'intérieur de ces masses des travées osseuses, des tissus dentaires amorphes ou des dents plus ou moins bien constituées en nombre variable.

HISTOLOGIE -

1. LES PARTIES SOLIDES.

Amas cellulaires de forme variée, anastomosés entre eux, certains se terminent par un renflement amorçant des cloches épithéliales; à leur niveau on décèle parfois des cristaux d'acides gras et de cholestérine.

A la périphérie de ces amas, on trouve une couche de cellules épithéliales cylindriques, basales, régulières.

En dedans de cette couche, des cellules polyédriques à nombreux filaments d'union, les plus externes sont serrées les unes contre les autres; dans la partie centrale, les cellules s'espacent et prennent la forme étoilée, elles ressemblent alors aux cellules de la gelée de l'émail, ce qui donne une analogie avec un organe en cloche.

Dans certains amas on peut voir des globes épidermiques comprenant :

- à leur centre une ou plusieurs cellules arrondies à protoplasme homogène sans filaments d'union,
- à leur pourtour il existe une ou plusieurs couches de cellules aplaties disposées concentriquement et possédant des filaments d'union.

La ressemblance de ces formations avec les globes cornés d'épithélioma spino-cellulaires est frappante dans ce cas.

"Le réseau des cellules adamantines étoilées évitera toute confusion" (MASSON).

En général, il existe peu de mitoses. La présence de cellules atypiques semble un facteur de récidence et de gravité évolutive plus grande.

D'après MALASSEZ, les cellules malpighiennes occupent les régions superficielles, les cellules cubiques les parties moyennes, les cellules cylindriques et étoilées les parties profondes. C'est à ce niveau qu'il faut rechercher les signes de différenciation adamantine qui permettent d'étiqueter la tumeur et de la séparer des grands kystes para-dentaires qui ne comportent qu'un simple revêtement malpighien.

Les cellules centrales étoilées de certains amas épithéliaux présentent des vacuoles s'ouvrant les unes dans les autres. Le liquide ainsi sécrété rompt les derniers ponts protoplasmiques inter-cellulaires, les

cellules dégénèrent, se liquéfient et ainsi au milieu du lobe une cavité arrondie; c'est ainsi que prennent naissance les cavités kystiques.

2. LES KYSTES.

La paroi des kystes est formée de tissu conjonctif partout revêtu d'une couche épithéliale composée le plus souvent par plusieurs assises de cellules. De la périphérie au centre du kyste on trouve :

- une couche de hautes cellules cylindriques,
- un revêtement constitué par des amas de cellules étoilées.

La couche la plus externe avec ses hautes cellules prismatiques, régulièrement disposées en palissades, représente une véritable couche d'adamantoblastes. Le noyau de ces cellules est ovalaire, il a émigré vers la région moyenne de la cellule.

La couche de cellules étoilées, elle, est constituée par des cellules allongées, écartées les unes des autres par des lacunes irrégulières, anastomosées entre elles par des ponts protoplasmiques. L'ensemble de ces cellules rappelle la gelée de l'émail.

Dans certains kystes, on peut ne retrouver qu'une bordure d'épithélium aplati, disposé en deux ou trois couches, et c'est dans une autre partie de la tumeur que l'on trouve des vestiges adamantins différenciés.

Jamais la membrane ne disparaît complètement. Dans les kystes jeunes on voit un grand nombre de cellules étoilées refoulées à la périphérie par le liquide intra-kystique, dans les parois du kyste il existe souvent des kystes microscopiques.

La présence de micro-kystes ou de formations épithéliales à distance de la tumeur expliquerait peut-être certaines récidives.

D'après MASSON, le liquide intra-kystique est une substance albumineuse faiblement chargée de mucus.

Le tissu fibreux formant le stroma de la tumeur, autour des grands kystes, est disposé parallèlement à la surface de ceux-ci et forme une sorte de membrane bien distincte du reste du stroma.

L'os avoisinant la tumeur est aminci, mais les cellules de celle-ci n'envahissent pas le tissu osseux dont la corticale est seulement refoulée.

En résumé la caractéristique histologique des adamantinomes est la présence d'un épithélium adamantin essentiellement constitué d'une couche de cellules cylindriques à disposition palissadique revêtu d'un réticulum étoilé.

ETUDE CLINIQUE

Comme tous les tissus vestigiaux de l'organisme, ceux des maxillaires peuvent, sous des influences encore inconnues, récupérer une fertilité comparable à celle des organes embryonnaires dont ils dérivent.

Cette fertilité aboutit à la formation d'un "massif cellulaire parasite, dont l'accroissement limité et la complexité sont en rapport avec le potentiel évolutif des cellules initiales" (MASSON).

Pour désigner ces proliférations cellulaires et kystiques, la terminologie française a beaucoup varié avec les auteurs :

kystes multiloculaires
maladie kystique des mâchoires de Dupuytren
kyste adamantin
adamantinome kystique de Frey et Coryllos
fibro-épithéliome adamantin de Bercher et Coryllos

L'adamantinome survient chez l'adulte, surtout au cours des troisième et quatrième décades de la vie. Pour Robinson et Schulenburg, il frapperait surtout les hommes; Baclesse et Letouze trouvent que la proportion est égale dans les deux sexes.

D'après les travaux de GESCHECTER et COPELAND, les races de couleur seraient les plus exposées. La statistique de SCHULENBURG qui porte sur 88 cas, met l'accent sur l'affinité de l'adamantinome pour les populations de l'Afrique sud équatoriale (Bantous 53 cas, européens 26 cas).

Le siège de prédilection est l'angle du maxillaire inférieur, l'extension se fait en avant et dans la branche montante avec envahissement du coroné mais en respectant le condyle en général.

Ce siège n'est pas unique, et LECOURT, dans sa thèse, rapporte plusieurs cas (14) d'adamantinome siégeant au maxillaire supérieur, NAULLEAU dans la région incisive supérieure, SENEQUE et MORLET dans la région montonnière. Exceptionnellement on a rapporté des cas d'adamantinome de l'hypophyse, de l'ovaire, du tibia.

La tumeur peut atteindre un volume important : un oeuf, une mandarine, une tête foetale dans un cas de DUPUYTREN.

Dans cet exposé nous ne nous occuperons que des adamantinomes du maxillaire inférieur, qui sont de beaucoup les plus fréquents.

L'évolution se fait en trois phases :

I - PERIODE de LATENCE -

Entre les deux tables du maxillaire, commence à se développer, aux dépens de l'un quelconque des groupes épithéliaux de la lame dentaire, une petite tumeur qui ne donne aucun signe. Seule, la radiographie, faite par hasard, montrerait une image radio-claire de forme arrondie, entourée de tissu osseux d'aspect normal. On note parfois l'absence congénitale d'une ou plusieurs dents. Il peut arriver que le premier stade de la tumeur soit un granulome, lequel est susceptible d'être soupçonné au cours de soins dentaires : il s'agit d'une dent infectée, à pulpe nécrosée, qui oppose une résistance anormale à la désinfection par les procédés habituels et qui fait notamment des poussées aiguës d'arthrite chaque fois qu'on y met un pansement occlusif.

Parfois au début on note des phénomènes douloureux, sans caractère particulier.

II - PERIODE de DEFORMATION -

La tumeur se développe en plein diploë dont elle refoule les trabécules osseuses pour atteindre le tissu compact qu'elle déprime et finit par perforer.

L'évolution peut se faire du côté vestibulaire où la déformation devient perceptible à la vue et au palper sans qu'il y ait encore de signes subjectifs.

On ne constate pas de perte de la sensibilité des dents à proximité immédiate de la tumeur, même lorsque radiologiquement celle-ci semble intéresser les dents. Les racines de celles-ci peuvent être détruites partiellement par la tumeur (rhizolyse).

III - PERIODE d'EXTERIORISATION -

L'os finit par s'amincir; ce n'est plus qu'une fine lamelle, au point que le doigt qui palpe peut le déprimer comme une balle de celluloid : c'est la crépitation parcheminée. La paroi osseuse peut même disparaître par places, et l'on sent directement sous la muqueuse le contour bosselé, muriforme de la tumeur. Les signes fonctionnels sont très discrets, à moins que le kyste se développant du côté alvéolaire ne provoque l'ébranlement, l'allongement et la chute de quelques dents.

La joue est déformée mais les téguments ne sont pas modifiés.

Il n'y pas d'anesthésie mentonnière (signe de Vincent).

La tumeur n'a pas de retentissement sur le système lymphatique. L'adénopathie n'intervient que dans le cas d'infection ou de dégénérescence maligne.

L'ouverture de la bouche nullement gênée par le trismus découvre le rempart alvéolaire élargi, le sillon vestibulaire comblé.

La muqueuse alvéolaire, refoulée par la tumeur, peut venir au contact des dents antagonistes et perpétuellement traumatisées par elles, finit par s'ulcérer et s'infecter; une suppuration s'établit avec adénite secondaire.

Pour Gérard MAUREL, la muqueuse recouvrant la tumeur présenterait de façon constante des bourgeons charnus rouge violacé, mollasses, saignant facilement au contact, sans induration périphérique. Pour lui la présence de ces bourgeons charnus serait spécifique de l'adamantinome et signerait le diagnostic.

La tumeur en se développant peut entraîner des troubles locaux graves; elle finit par détruire la mandibule, d'où troubles de mastication, fracture pathologique, très rare mais possible, et indirectement altération de l'état général par obstacle à l'alimentation.

La pauvreté du tableau clinique de cette affection qui se traduit seulement par une tuméfaction rend le diagnostic très difficile et nécessite des examens complémentaires : radiographie, ponction et biopsie avec examen histologique.

LA RADIOGRAPHIE -

La radiographie montre soit une cavité unique, soit le plus souvent une série de cavités kystiques communiquant plus ou moins nettement entre elles, les unes du diamètre d'un pois, d'autres beaucoup plus grandes, l'ensemble donne une image à contours polycycliques, développée dans l'angle de la mandibule et empiétant plus ou moins sur la branche horizontale et la branche montante.

Des cloisons osseuses unissent et séparent ces différentes geodes entre elles, réalisant des images en "bulles de savon", en "nids d'abeilles". Des logettes aberrantes peuvent exister et il est indispensable que les clichés intra et extra buccaux donnent au minimum l'image complète de tout l'hémimaxillaire du côté intéressé par la tumeur.

La corticale est parfois réduite à une imperceptible lamelle, parfois il existe même une solution de continuité en un ou plusieurs points de l'une des tables, les noyaux tumoraux pénètrent par ces brèches et envahissent les tissus mous environnants.

L'image radiologique ne permet pas en général de préjuger du contenu des geodes tumorales. De bonnes radiographies et une étude minutieuse de celles-ci sont indispensables.

La constatation d'images en "bulles de savon" permet à coup sûr le diagnostic. "Seuls, certains kystes péri coronaires autour de la dent "de sagesse inférieure demeurée incluse peuvent avoir un aspect polykystique qui peut prêter à confusion" (DECHAUME).

LA PONCTION -

La ponction, lorsqu'elle est rendue possible par l'amincissement d'une table osseuse, ramène parfois un liquide séreux et jaunâtre, parfois muqueux avec ou sans paillettes de cholestérine, dans d'autres cas on ne retire aucun liquide.

D'après MASSON, le liquide intrakystique est une substance albumineuse faiblement chargée de mucus.

Le liquide kystique peut être suppuré par infection de la poche.

La pression intrakystique serait moins grande que dans les autres variétés de kystes des maxillaires.

LA BIOPSIE -

La biopsie est assez rarement pratiquée, l'examen histologique est en général post-opératoire : il est souvent difficile, car il faut fréquemment une recherche minutieuse sur plusieurs coupes pour retrouver les cellules adamantines dispersées.

Seul cet examen peut donner un diagnostic de certitude et pour certains auteurs même, aurait un intérêt pronostic.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La clinique et la radiographie n'imposent parfois pas nettement le diagnostic d'adamantinome kystique; d'autres affections dento-maxillaires peuvent avoir un aspect clinique et radiologique voisin.

Il faudra donc discuter :

LE KYSTE CORONO-DENTAIRE -

Il comporte toujours une dent incluse dont il sertit la couronne, mais l'adamantinome kystique peut s'accompagner également d'une inclusion dentaire.

Les kystes péricoronaires autour de la dent de sagesse inférieure incluse peuvent avoir un aspect polykystique simulant un adamantinome (DECHAUME). Un kyste corono-dentaire peut même être le premier stade d'un adamantinome (une de nos observations).

LE KYSTE PARA-DENTAIRE -

L'examen de la denture montrera la dent causale, celle-ci présentant une carie profonde, ne répond plus aux agents thermiques; elle est mortifiée.

LA TUMEUR à MYELOPLAXES -

Est parfois impossible à différencier de l'adamantinome. Mieux que des logettes, elle présente des cloisons de refend. Son siège est habituellement en avant de l'angle de la mandibule.

La ponction retire du sang et non un liquide albumineux ou jaunâtre comme dans l'adamantinome; c'est le plus souvent un diagnostic opératoire et histologique.

L'existence de troubles sanguins (anémie, allongement du temps de saignement ou de coagulation) par intoxication, hémophilie, gros-

sesse, avitaminose, affections génitales, hépatiques ou chroniques (syphilis, tuberculose), sont constants (DECHAUME).

La tumeur à myéloplaxes survient de préférence chez les jeunes, après un traumatisme, une infection locale.

A la radiographie, les dents présentent souvent des images d'hypercementose, les racines des granulomes ou des kystes.

LES OSTEOPATHIES FIBREUSES -

Nous ne citerons que les formes généralisées :

- Maladie de Recklinghausen dont les localisations maxillaires sont rares.
- Maladie de Paget : des observations d'ostéites fibreuses localisées des maxillaires, dont les lésions histologiques rappellent celles de la maladie de Paget, ont été publiées (DECHAUME).
- Leontiasis ossea de Virchow, qui est une hypertrophie diffuse bilatérale des os de la face et du crâne avec des foyers de nécrose.

EPITHELIOMA - FORME TEREBRANTE -

Petite ulcération souvent cachée au fond d'un alvéole, dents déplacées, ébranlées, les troubles sensitifs sont précoces au trou mentonnier. Quelquefois un léger trismus marquant l'atteinte des muscles masticateurs. La déformation maxillaire est peu importante. La radiographie montre des lésions importantes et caractéristiques (images lacunaires dont les bords sont grignotés, "images en dentelles") (RUPPE).

METASTASE MANDIBULAIRE D'UN CANCER ELOIGNE -

Très rare - Il s'agit le plus souvent d'un cancer glandulaire (thyroïde, sein, prostate) qui peut donner une image géodique.

LE SARCOME -

Frappe les sujets jeunes, s'accompagne en général de troubles de la sensibilité du nerf dentaire inférieur et d'image radiologique bien

.../..

spéciale. L'évolution est rapide.

Nous ne ferons que signaler l'exceptionnelle forme tumorale :

- de l'actinomycose des maxillaires,
- de l'angiofibrome.

TRANSFORMATION MALIGNE, METASTASES

Il est classique de considérer l'adamantinome kystique comme une tumeur bénigne, la lenteur d'évolution (plusieurs années), l'absence de participation du système lymphatique, les limites nettes entre la tumeur et les tissus voisins, l'absence de métastases, sont en effet des signes de bénignité.

Mais la fréquence des récidives après des interventions chirurgicales que l'on croyait complètes est un signe de malignité tout-au-moins locale.

"Les tumeurs p ridentaires bénignes sont-elles susceptibles de subir la dégénérescence maligne?  crit BERCHER. Il semble difficile de "répondre avec précision".

Après avoir cité les observations de ROSSERT (dont les précisions histologiques sont insuffisantes) de BERCHER et GRANDCLAUDE (transformation épithéliale d'un adamantinome évoluant depuis 20 ans), de CHEMIN (transformation d'un épithélioma adamantin en épithélioma spino-cellulaire), les observations de dégénérescence cylindromateuse de quelques adamantinomes (mais le cylindrome n'implique pas une absolue malignité), BERCHER conclut : "Au total la cancérisation des tumeurs p ridentaires doit être tenue pour très rare. Histologiquement, rien ne permet de distinguer ces "cancers des épithéliomas spino-cellulaires, baso-cellulaires ou mixtes, "nés du revêtement épithélial muqueux".

Une observation de DELATER et ARDOIN a apporté la preuve irréfutable de la transformation d'un épithélioma adamantin en épithélioma indifférencié. MAC GREGOR rapporte le cas d'une métastase dans le deltoïde, mais constate que l'examen histologique n'a pas été fait avec la rigueur nécessaire.

Une métastase temporale, 14 ans après adamantinome de la mandibule, a été signalée par COENEN.

Une forme de passage d'un adamantinome en épithélioma a été observé par LATTES et CODVELLE. Cliniquement, il s'agissait d'une tumeur bénigne, et cependant l'histologie signale "les rapports de l'épithélium "et du conjonctif sont ceux des tumeurs malignes : pénétration des travées "épithéliales, qui ne sont limitées par aucune basale, cellules malpighiennes spino-cellulaires; l'origine dentaire de cette tumeur est très probable, elle est signée par l'aspect "gelée d'émail".

CERNEA a relevé dans la littérature une vingtaine d'observations de métastases pulmonaires ou cervicales. Certains malades opérés et suivis par lui-même présentent, après un recul d'une dizaine d'années, des tumeurs malignes.

SIMMONS et EWING rapportent chacun un cas d'adamantinome avec métastase pulmonaire et ganglionnaire. GRILES et STEPHENS, HUTCHINSON, SCHWEITZER et BARNFIELD, VORZIMER et PERLA ont aussi trouvé des métastases pulmonaires.

Cette localisation pulmonaire des métastases d'adamantinomes polykystiques est à rapprocher des métastases de cylindromes qui ont aussi une affinité toute particulière pour le tissu pulmonaire.

La dégénérescence maligne des adamantinomes polykystiques se fait-elle par une transformation du tissu conjonctif en un tissu hyalin cylindromateux ?

Il faut donc admettre la possibilité de transformation maligne. La malignité n'existe pas dans la tumeur primitive et ne se voit que dans les récidives. Ces récidives ont d'ailleurs tendance à se reproduire de plus en plus rapidement après les interventions et à croître plus vite.

P A T H O G E N I E

Pour expliquer le développement de ces proliférations didermiques au sein des maxillaires, diverses hypothèses ont été émises :

Théorie de BROCA (théorie mesodermique ou bulbaire) -

La tumeur provient de la dégénérescence des cellules étouffées de la gelée de l'émail. Cette théorie ne peut être valable que pour le cas où une dent manque congénitalement, puisque par la dégénérescence, ce follicule dentaire n'aura plus pu remplir sa fonction normale, ou alors il faudrait admettre la présence d'un bourgeon surnuméraire.

Pour DELATER et BERCHER, le kyste trouverait son origine dans le gubernaculum qui, avec son couple épithélio-conjonctif, possède tout ce qu'il faut pour faire une tumeur didermique avec épithélium adamantin et calcification conjonctive.

KROMPECHER pense que les cellules épithéliales de la muqueuse buccale pourraient être le point de départ de ces proliférations tumorales.

Pour MALASSEZ, les adamantinomes dériveraient de l'un quelconque des trois groupes des débris épithéliaux, des restes embryonnaires de la lame dentaire qui doivent se résorber normalement après l'éruption de la dent temporaire ou permanente.

Pour des causes inconnues ces débris peuvent persister et proliférer, réalisant la "folie adamantine".

La localisation fréquente au niveau de l'angle de la mandibule serait due pour CORYLLOS au développement tardif du follicule des grosses molaires et à la fréquence de l'éruption anormale de la dent de sagesse.

GEORGI pense qu'en effet elle peut exercer dans sa période de croissance une pression continue sur les dents placées au-devant d'elle, et peut représenter du fait de l'irritation chronique une cause stimulante immédiate pour le développement de la tumeur.

Pour ROSSI, la tumeur serait solide au début, la transformation kystique se ferait de la façon suivante : les vaisseaux nourriciers sont situés dans le conjonctif, mais ne pénètrent pas dans les couches épithéliales, la cellule épithéliale ne se nourrit donc que par imbibition, mais quand la masse épithéliale devient épaisse, son centre ne reçoit plus les éléments nutritifs en quantité suffisante et alors les cellules centrales subissent la dégénérescence hydropique; ainsi se créent des micro-kystes qui peu à peu s'accroissent et deviennent de vrais kystes.

La forme solide serait donc celle de début de l'évolution, la forme polykystique serait secondaire, la forme monokystique serait le dernier terme de l'évolution tumorale.

La lenteur d'évolution des adamantinomes kystiques, la fréquence des récidives après intervention, la rareté relative des métastases ont frappé certains auteurs (CERNEA) qui ont fait le rapprochement entre ces tumeurs et les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires.

ACHARD, dans sa thèse, émet l'hypothèse que tous les adamantinomes ne relèvent pas d'une dysembryoplasie. Il aurait constaté que des bourgeons malpighiens superficiels sont en continuité directe avec les travées néoplasiques, et que dans ces travées on voit apparaître progressivement des phénomènes de métaplasie adamantine.

Il conclut en disant qu'il s'agit d'épithélioma à structure adamantine provenant de l'épithélium gingival.

Aucune de ces théories étio-pathogéniques n'a encore rallié tous les suffrages et si celle de MALASSEZ est la plus habituellement admise, peut-être n'en sera-t-il pas toujours ainsi.

Pour résumer ce rappel clinique à propos des adamantinomes polykystiques et les situer dans le cadre des dysembryoplasies didermiques, nous ne pouvons que nous référer à la statistique de ROBINSON, publiée en 1937, et portant sur 379 cas relevés dans la littérature, dont voici l'essentiel :

	<u>cas</u>
- Nombre total de cas	379
sexe (311 cas)	
hommes	45,7 % 142
femmes	54,3 % 169
Durée moyenne d'évolution	8,5 ans 232
Age moyen du sujet au moment de la découverte de la tumeur	30,1 ans 222
- Localisation de la tumeur (293 cas)	
mandibule	83,7 % 247
maxillaire supérieur	16,3 % 48
- Caractéristiques structurales (219 cas)	
forme kystique	57,5 % 124
forme kys tique et solide	24,2 % 53
forme solide	19,1 % 42

Cette statistique nous montre que l'adamantinome est à peu près aussi fréquent chez l'homme que chez la femme. C'est une affection qui évolue très lentement (plus de 8 ans en moyenne). Elle frappe les adultes jeunes (30 ans). La localisation mandibulaire est de beaucoup la plus fréquente (83,7 %), et la forme kystique prédominante.

T R A I T E M E N T

Quelle conduite tenir devant cette tumeur polykystique qui a tendance à envahir tout un héli-maxillaire, dont les récidives in situ sont fréquentes, et dont la possibilité de transformation maligne est à envisager ?

L'examen clinique du malade ne pourra guère nous guider dans le choix d'une thérapeutique.

L'étude minutieuse des radiographies par contre nous orientera très nettement, la présence de grandes cavités kystiques envahissant la majeure partie de la branche horizontale et de la branche montante, la présence de petites géodes à distance des kystes principaux nous inciteront à intervenir plus largement.

L'examen histologique pré-opératoire est aussi très important : les rapports de l'épithélium et du conjonctif, l'absence de base, les figures de mitoses nous faisant redouter une transformation maligne nous pousseront à être moins économes.

SIMMONS réserve l'ablation économique aux tumeurs kystiques avec prédominance de cellules étoilées, et pratique la résection typique en présence de cellules cubiques.

Les adamantinomes déjà opérés à plusieurs reprises et ayant récidivé seront enlevés plus largement.

Si l'étendue des lésions, les risques de récidives et de transformations malignes sont des facteurs qui nous engagent dans la voie des interventions étendues, il nous faut aussi tenir compte de l'âge du malade (nous avons vu qu'il s'agit souvent de sujets relativement jeunes), et de la nécessité vitale de la mandibule avant de nous résoudre à pratiquer de véritables mutilations.

Tour à tour, les techniques chirurgicales étendues ou localisées, radiothérapiques, radiumthérapiques, seules ou associées, ont été préconisées, sans qu'aucune d'elle ne se soit imposée de façon définitive.

A N E S T H E S I E

Le problème de l'anesthésie en chirurgie maxillo-faciale n'a jamais été résolu d'une façon parfaite. L'anesthésie loco-régionale doit toujours avoir la préférence malgré les progrès apportés par les techniques modernes aux narcoses.

Nous pouvons choisir entre les anesthésies générales et l'anesthésie loco-régionale associée ou non à une anesthésie de base.

Tous les auteurs ont insisté sur les contre-indications des anesthésies par voie veineuse en chirurgie maxillo-faciale et sur leurs dangers.

Les anesthésies par inhalations offrent deux risques : elles aggravent le choc opératoire, elles exposent l'opéré aux complications pulmonaires. Elles gênent souvent l'opérateur par leur appareillage, à moins d'avoir recours à l'intubation laryngée. Encore faut-il ne pas utiliser de produits inflammables en faisant une électro-coagulation par exemple.

L'anesthésie loco-régionale précédée d'une anesthésie de base, est très suffisante dans la plupart des cas, elle a l'avantage d'éviter le choc opératoire et les complications pulmonaires; elle permet une chirurgie minutieuse, prudente et très peu hémorragique, surtout si l'on combine l'adrénaline à la substance anesthésique.

Les sujets pusillanimes seront soumis les jours précédents à l'action de sédatifs; la veille de l'intervention, des barbituriques essaieront de leur procurer le sommeil habituel.

Avant l'intervention, on donnera la préférence aux anesthésiques injectables, plutôt qu'aux lavements. Il est recommandable que le malade soit en position opératoire dès le début de l'anesthésie de base, afin d'éviter tout déplacement au moment de l'intervention.

L'anesthésie loco-régionale complètera l'anesthésie de base :

- 1°) Anesthésie tronculaire à l'épine de Spix du nerf dentaire inférieur et du lingual;
- 2°) Anesthésie locale endobuccale avec une solution adrénalinée sur la face vestibulaire du maxillaire inférieur.

Cette technique demeure insuffisante pour procéder à une résection du maxillaire; il est nécessaire de recourir dans ce cas à une anesthésie générale par intubation (pentothal sodique additionné ou non de curare ou d'un ganglio-plégique (penthonium)).

CHIRURGIE CONSERVATRICE

OPERATIONS CONSERVATRICES PAR VOIE ENDOBUCCALE -

Nous citerons seulement pour mémoire :

LA MARSUPIALISATION de la poche kystique dans la cavité buccale,

LE CURETTAGE : Après anesthésie, incision de la muqueuse vestibulaire au niveau de la tumeur, trépanation de la table externe et du bord antérieur de la branche montante au-dessus de la tumeur, suppression de la tumeur à la curette. Cette technique est maintenant abandonnée au profit de :

L'ENUCLEATION : On recherche un plan de clivage entre la poche kystique et l'os; avec une spatule mousse, on essaie de passer à la périphérie de la poche comme s'il s'agissait d'un kyste dentaire; on effondre les cloisons osseuses inter-kystiques à la pince gouge pour énucléer les kystes un à un.

L'os se reconstitue peu à peu. Au voisinage de ces grandes cavités, il existe souvent de petites cavités en communication ou non avec les grands kystes. L'impossibilité de les atteindre toutes chirurgicalement a incité certains auteurs à compléter l'énucléation par l'application de caustiques : chlorure de zinc, acide trichloroacétique en mèches, isolées de la cavité buccale par un pansement gras.

DARCISSAC prétend même que l'acide trichloro-acétique, grâce à sa triple action : bactéricide, hémostatique et sclérosante, peut toujours compléter efficacement l'acte chirurgical et peut même se suffire à lui-même après marsupialisation de la poche kystique à condition de persévérer assez longtemps par tamponnements bi-hebdomadaires. Mais nous ne semblons pas devoir partager son optimisme.

FRIEZ estime qu'après un curettage soigneux des kystes accessibles, il faut cautériser à l'acide trichloro-acétique et faire ensuite de la radiothérapie qui serait seule capable d'éviter les récurrences et d'atteindre les îlots voisins essaimés à la périphérie.

LEBOURG préfère le crayon de nitrate d'argent à l'acide trichloro-acétique.

Certains auteurs suppriment à la pince gouge une grosse partie de l'os, laissant seulement une baguette basilaire, celle-ci étant assez souvent respectée par la tumeur.

GINESTET, après énucléation des kystes, bourre la cavité obtenue de fragments d'os et suture sous le couvert des antibiotiques.

OPERATION CONSERVATRICE PAR VOIE CUTANEE -

Son intérêt réside dans la possibilité de meilleure visibilité et de pratiquer une énucléation plus minutieuse. L'anesthésie générale par intubation est l'anesthésie de choix.

Pour LANDAIS, chaque fois que la tumeur est localisée seulement à la branche horizontale, la voie d'abord est endobuccale, mais dès que la branche montante est atteinte, il y a lieu d'intervenir par voie cutanée.

L'incision sera sous maxillaire pour respecter les filets du facial et rendre la cicatrice moins visible. Trépanation osseuse du bord externe et du rebord basilaire du maxillaire inférieur, curettage minutieux et assez large à la périphérie de la tumeur. Une portion d'os alvéolaire est conservée.

Avant l'intervention, un appareillage par gouttières devra être exécuté; il permettra d'immobiliser en bon articulé le maxillaire opéré, dès la fin de l'intervention.

Si l'exérèse osseuse a été très importante, on peut pratiquer une greffe immédiate par prélèvement tibial ou iliaque ou une hétéro-greffe (greffon de veau); on suturera soigneusement le revêtement cutané.

Si on n'a pas pratiqué de greffe, la plaie cutanée peut être soit suturée, soit laissée béante pour surveiller la cicatrisation osseuse et au besoin réintervenir par cautérisation s'il y a lieu.

L'impossibilité d'atteindre de façon certaine tous les kystes de petite taille a incité un grand nombre d'auteurs à associer à la cure radicale un traitement radiothérapique post-opératoire dans le but de stériliser et détruire ces petits kystes au voisinage du champ opératoire, ou encore de détruire les tissus tumoraux lorsque ceux-ci ont envahi les parties molles.

INTERVENTION LIMITEE ET A LA DEMANDE, AVEC ADJONCTION

D'UNE PROTHESE OBTURATRICE DE LA CAVITE OPEREE

Ce procédé opératoire - utilisé dans le Service de Stomatologie de l'Hôpital Laënnec - vise à éviter la cicatrisation des berges de la brèche opératoire, et à surveiller le bourgeonnement du fond de cette brèche.

L'intervention doit être aussi minutieuse que possible, aussi large qu'il est nécessaire, en s'efforçant d'atteindre tous les kystes révélés par la radiographie, en les curettant aussi minutieusement que possible.

Il est bon d'appliquer à la fin de l'opération une mèche imprégnée d'acide trichloracétique, laissée à demeure pendant deux ou trois jours. Puis des mèches iodoformées sont mises en place et changées tous les trois jours, jusqu'au moment où l'épidermisation est complète. Tout bourgeon suspect est cautérisé. Puis après un mois ou six semaines, quand les bords de la cavité sont devenus indolores à la pression digitale appuyée, une empreinte est prise en vue de réaliser une prothèse obturatrice ou plutôt operculaire, car il faut boucher la perte de substance, sans y pénétrer, mais en évitant le rapprochement des bords.

A ce moment, le fond de la cavité étant comblé au moyen d'une mèche jusqu'à 3 ou 4 mm. du bord, nous prenons une empreinte de toute l'arcade aux alginates (Zelex par exemple). Ce matériau non traumatisant pour les muqueuses, facile à retirer de la bouche, précis, convient parfaitement. Un modèle est coulé en plâtre dur. Sur ce modèle, nous marquons le tracé de la future prothèse, ce tracé est un peu analogue à celui des prothèses partielles, utilisant la face linguale des dents et la muqueuse sous-jacente.

Au niveau de la cavité, nous veillons à passer à 2 à 3 mm. en dehors de celle-ci de façon à avoir une obturation aussi hermétique que possible.

Les crochets utilisés pour la rétention de cette prothèse sont : soit des crochets étriers si l'arcade est complète, soit des crochés planés si certaines dents sont absentes. Les dents absentes seront remplacées sur la prothèse.

Une maquette en cire du futur appareil est construite, munie des dispositifs de rétention.

Au niveau de la cavité, la maquette en cire ne pénétrera que de 2 à 3 mm. à l'intérieur de celle-ci, pour recouvrir ensuite les berges de la cavité, à la façon d'un couvercle. La maquette est mise en bouche pour vérifier l'occlusion.

Si, comme il arrive souvent, la cavité s'étend en arrière, sur la branche montante, l'empreinte à ce niveau n'a pas une précision suffisante, il est très facile d'ajouter sur la maquette en cire un peu de cire d'abeille plus molle que la cire ordinaire et de replacer le tout en bouche alors que la cire est encore plastique. La cire d'abeille épouse alors tous les reliefs de cette région, et après un refroidissement en place au moyen de la seringue à eau, il sera possible de retirer le tout sans déformation.

La mise en moufle n'a rien de particulier. La prothèse définitive sera exécutée en résine acrylique et polie soigneusement.

Il est préférable d'exécuter cette prothèse assez rapidement après la prise d'empreinte pour éviter toute modification des berges de la cavité.

La cavité libre de toute mèche, on procède à la mise en place de la prothèse. Celle-ci s'effectue assez facilement et sans douleur.

Il faut avoir soin de bien vérifier l'occlusion au papier bleu pour que les dents antagonistes ne viennent pas appuyer trop fortement sur le talon de mastication au-dessus de la cavité opératoire.

.../..

Dans les jours suivants, quelques retouches pourront être nécessaires, surtout à la partie postérieure ou vestibulaire de la prothèse.

Celle-ci est très bien tolérée, il ne se produit ni ulcération, ni hémorragie, ni infection au niveau de la plaie opératoire.

L'opéré devra porter cette prothèse de façon continue pour éviter toute modification des bords; elle ne sera retirée que pour les soins d'hygiène de la bouche.

Il faut que la cicatrisation se fasse peu à peu par le fond, pour qu'on puisse la surveiller et apporter les retouches nécessaires par curettage ou par caustiques, et au besoin faire des prélèvements histologiques.

CERNEA a émis l'hypothèse que la cavité opératoire maintenue béante était ainsi le siège d'une infection subaiguë, condition favorable à la production de tissu fibreux appelé à juguler peut-être les reprises du processus tumoral.

Les résultats de cette technique semblent intéressants, car ce procédé étend les indications des interventions conservatrices.

BATAILLE, appelé à réopérer un adamantinome traité par cette méthode, a trouvé parmi quelques bourgeons néoplasiques un tissu fibreux dense; l'hémorragie minime lui a permis une nouvelle, large et facile exérèse.

RESECTIONS INTERRUPTRICES

A côté des auteurs partisans d'interventions conservatrices et limitées, d'autres, parmi lesquels Gérard MAUREL, AXHAUSEN, LINDEMANN, considèrent l'adamantinome kystique comme une tumeur maligne dont le seul traitement efficace et capable d'éviter les récidives est la résection en tissu sain d'une portion plus ou moins étendue de la mandibule.

Gérard MAUREL prétend : "Toute la hauteur de l'os est, en effet, envahie, il n'existe même pas une mince bandelette de tissu sain et le traitement ne peut être la simple ablation de la paroi kystique. Il faut faire une résection qui peut être dans certains cas très étendue."

De même pour ROSSERT "la résection est l'opération de choix adoptée actuellement par tous les chirurgiens, le curettage est une intervention nettement insuffisante que tout le monde proscriit".

"Cette résection sera une résection atypique conduite à la demande des lésions et dépassant les limites de la tumeur pour passer en os sain" (SEBILEAU).

Parfois même l'intervention sera plus large encore, allant jusqu'à l'hémi-résection du maxillaire.

Dans ce dernier cas, la voie d'abord est cutanée, après la libération musculaire à la face externe puis à la face interne de la mandibule on procède à la section antérieure de l'os à la scie de Gigli.

Dans la mesure du possible, cette section antérieure se fera en arrière de la canine afin d'éviter les trop grands déplacements par latero-déviations et les troubles fonctionnels qui en résultent.

Après la section antérieure, on procède à la section au niveau de la branche montante et parfois même à la désarticulation du condyle et à la section du coroné, mais on a souvent de grosses difficultés si la tumeur très volumineuse a effondré les tables et pénétré dans les muscles et la loge ptérygomaxillaire.

La luxation en dehors et en arrière est difficile du fait de la fragilité osseuse. DARGENT a proposé la résection transparotidienne du maxillaire inférieur : découverte du facial, ligature de la carotide externe et dissection de toute la région.

Il est bien évident qu'avant l'intervention on aura soin de confectionner des gouttières à verrou et à guides qui seront scellées sur les maxillaires et permettront de maintenir les fragments sains en bonne position après la résection.

Ces gouttières seront laissées en place pendant toute la durée de la cicatrisation, c'est-à-dire pendant 3 à 4 mois.

Si le condyle et le coroné, respectés par la tumeur, ont pu être conservés, on peut remplacer la partie osseuse réséquée par un greffon costal prélevé à ce moment et fixé par un catgut à chaque extrémité du maxillaire, une suture étanche de la muqueuse sera pratiquée.

Plusieurs techniques de greffes peuvent être utilisées. WASSMUND place son greffon osseux avant l'intervention et évite ainsi la dislocation des parties réséquées; la plastie osseuse postopératoire offre des difficultés par suite des rétractions cicatricielles, de l'atrophie musculaire et du déplacement des moignons.

AXHAUSEN, LIMBERT déposent un greffon préopératoire à l'endroit de la future résection, attendent 6 à 8 semaines, puis procèdent à leur résection et mobilisent alors leur greffon entouré de ses parties molles et le posent à l'emplacement opéré.

WASMUND dépose le greffon de suite à sa place définitive; ce greffon sera plus grand que la partie à réséquer et s'étendra sur les deux moignons. 10 semaines après cette greffe, la consolidation est assurée et la résection n'entraînera pas de dislocation des moignons. Dans le cas où la résection s'étend aussi sur la branche montante, le transplant est prélevé sur la crête iliaque, qui reproduira l'angle mandibulaire. Des gouttières posées avant l'intervention aideront au maintien des moignons.

WINTER remplace la portion réséquée par une prothèse en vitallium.

Il faut remarquer que la radio-thérapie pré-opératoire est un obstacle à la greffe.

ELECTRO - CHIRURGIE

Le traitement des tumeurs de la cavité buccale par l'électrochirurgie remonte en France à 1935 (GERNEZ, MOULONGUET et MALLET).

Son emploi dans le traitement des adamantinomes, s'il est assez limité, peut rendre parfois de grands services.

MATERIEL NECESSAIRE :

- un générateur de courants à haute fréquence,
- des électrodes en forme de boules de dimensions variées,
- des curettes de Wolkman de grande taille,
- des écarteurs. Ils doivent être ou isolés ou non conducteurs. Des écarteurs genre Farabeuf construits en plexiglass et stérilisés au formol conviennent parfaitement.

L'indication principale de ce mode de traitement est l'adamantinome uniloculaire, de volume moyen siégeant au voisinage de l'angle du maxillaire inférieur.

Après nettoyage grossier de la poche kystique principale à la curette, l'électrode est placée dans la cavité; elle va détruire les tissus mous tumoraux qui y persistent encore, ceux-ci seront enlevés à la curette. Ensuite l'électrode sera appliquée sur l'os lui-même et promenée à l'intérieur de la cavité, l'os mortifié est sec, grisâtre, il a perdu le brillant de l'os sain et il conserve cet aspect tout au long de son élimination. L'électro-coagulation aura pour but, dans le cas présent, de détruire une portion d'os tout autour de la cavité kystique, afin de détruire en même temps les micro-kystes qui pourraient s'y trouver. Avec un peu d'habitude, on arrive à provoquer la nécrose osseuse désirée; soit une portion des deux tables, soit un fragment central, mais en respectant le bord inférieur du maxillaire inférieur. Il est indispensable, pour une électro-coagulation, d'avoir une excellente anesthésie, la chaleur dégagée étant importante.

Les suites opératoires sont banales en général, la pénicillinothérapie générale diminuera l'oedème post-opératoire et la fétidité de l'haleine.

L'os nécrosé n'entraîne aucune altération locale, il est parfaitement bien toléré et peut jouer le rôle d'un tuteur pendant toute la durée de la cicatrisation si la nécrose a été très importante.

La nécrose reste toujours limitée; ce n'est pas une nécrose extensive, seule s'éliminera la portion d'os frappée par le courant diathermique.

Pendant cette phase d'élimination, le sequestre s'infecte peu et n'entraîne jamais de complications inflammatoires. A partir du vingtième jour, la radiographie montre un sillon d'élimination autour du séquestre.

Des bourgeons inflammatoires peuvent apparaître au voisinage du sillon, ils ne sont pas pathologiques.

Au bout de 2 mois environ se produit la chute du séquestre, au-dessous la fibro-muqueuse gingivale est entièrement cicatrisée.

Si la tumeur a été traitée préalablement par la roentgenthérapie ou la curiethérapie, les limites futures du séquestre sont plus difficiles à apprécier avec certitude, elles sont toujours plus étendues.

Les suites opératoires sont plus longues, l'os sous-jacent est souvent le siège d'une ostéite localisée entretenant une suppuration généralement sans conséquence grave mais qui affaiblit l'os restant.

AGENTS PHYSIQUES

Les avis sont très partagés sur l'action des agents physiques (Rayons X et radium) sur les adamantinomes polycystiques.

Ils ont été utilisés soit seuls, soit associés à la chirurgie avec des fortunes diverses.

Pour DÉBARD MATHIEU, les agents physiques employés seuls ne donnent rien et sont à rejeter à cause des inconvénients majeurs qu'ils présentent et des nécroses qu'ils déterminent en ce qui concerne le tissu osseux; leur absence de limitation, les suites défavorables qu'ils comportent, leur infériorité par rapport aux méthodes chirurgicales sont manifestes.

Il admet cependant que l'on peut utiliser la curiethérapie comme complément post-opératoire de l'intervention chirurgicale, afin d'éviter les récidives, surtout lorsque les parties molles sont envahies.

ROUSSY et GRANCLAUDE ont montré que l'adamantinome était radio sensible, surtout dans certaines formes atypiques à différenciation baso-cellulaire.

Pour WINTER, l'adamantinome est radio résistant, ANDA rapporte une statistique portant sur 10 malades traités au Norwegian Radiums Hospital d'Oslo, de 1931 à 1940 (7 femmes et 3 hommes). Ces malades avaient été opérés antérieurement, ou à ce moment, porteurs de tumeurs ayant une évolution si avancée qu'aucune opération radicale ne fut considérée possible.

Les doses furent celles utilisées pour les tumeurs malignes; dans un cas la tumeur disparut complètement avec le seul traitement radiothérapique. Le Norwegian Radiums Hospital conclut que la radiothérapie a quelque action, de toute façon elle peut arrêter pour quelque temps l'évolution tumorale.

.../..

BACLESSE pense que les irradiations bien appliquées rendent des services certains et peuvent satisfaisamment freiner l'activité du néoplasme et amorcer une recalcification osseuse qui préparera une intervention chirurgicale.

On aura le choix entre : soit la curiothérapie locale ou la télécuriothérapie, soit la radiogénéthérapie, soit l'association de ces deux méthodes.

L'association radiations-chirurgie paraît rationnelle. Elle a donné des résultats satisfaisants dans les deux cas de localisation de la tumeur au maxillaire supérieur qui ont été traités à la Fondation Carle et paraissent apparemment guéris depuis respectivement neuf et "onze ans" (BACLESSE).

L'emploi des radiations seules peut se faire dans deux conditions différentes :

1. Il s'agit d'irradier une tumeur déjà récidivée plusieurs fois après interventions plus ou moins limitées. Le résultat ne sera guère que palliatif.
2. Il s'agit de une vierge de tout traitement antérieur ou d'une récidive après une opération limitée et unique. Le résultat escompté pourra être plus favorable.

BACLESSE conclut : "Pour que la radiogénéthérapie soit efficace, il faut, à notre avis, utiliser des doses élevées, administrées à travers de petits champs et étalées sur un assez long temps (de l'ordre de deux mois à deux mois et demi éventuellement). De cette façon, on peut espérer obtenir, sinon la stérilisation, du moins la stabilisation de la tumeur et préparer ainsi la voie au chirurgien.

"Malgré le nombre peu élevé de nos observations (14) et l'insuffisance de recul qui doit être considérable pour ces lésions à évolution lente, il est permis, nous semble-t-il, de faire valoir l'intérêt des radiations dans le traitement de ces tumeurs."

.../..

Mais il ne faut pas oublier le grand danger de la roentgenthérapie, le risque d'ostéo-radionécrose, soit spontanée, soit après intervention chirurgicale ultérieure sur la région irradiée.

En résumé, il ne faut considérer la roentgenthérapie que comme un traitement complémentaire.

HERTZ de Stockholm a publié en 1952 une statistique portant sur 32 cas qui ont été traités par des méthodes variées et suivis pendant 5 ans. Cette statistique montre la supériorité des méthodes chirurgicales élargies sur les traitements radiothérapiques.

STATISTIQUE de HERTZ 1952

RESULTAT FINAL

	5 ans sans récidi- ve	moins de 5 ans sans récidi- ve	récidi- ve	récidi- ve, décès	chirurgie, décès	TOTAL
<u>TRAITEMENT CHIRURGICAL CONSERVATEUR -</u>						
Extirpation	1					1
Extirpation + irradiations ..	1					1
Curettage	1	2	1			4
Curettage + irradiations	1					1
Opération de Partsch	1					1
 <u>CHIRURGIE - TRAITEMENT RADICAL -</u>						
Résection	8	4	1			13
Résection + irradiations	4		1			5
Résection + diathermie	1					1
Résection + irradiations + diathermie	2				1	3
Irradiations			1	1		2
TOTAL	20	6	4	1	1	<u>32</u>

OBSERVATIONS

OBSERVATION n° 1 -

Monsieur P.... A.... 67 ans, vient dans le service du Docteur LATTES le 27 Avril 1933 pour adamantinome du maxillaire inférieur gauche.

La radiographie montre 3 images kystiques très voisines l'une de l'autre, de la taille d'un pois à la partie antérieure et supérieure de la branche montante, respectant le condyle et le coroné. Au niveau de la branche horizontale et à la partie moyenne de celle-ci, on aperçoit plusieurs images radio-claires, assez mal limitées autour d'une image kystique de la taille d'un pois.



Les antécédents nous révèlent que le malade a déjà été opéré à 4 reprises différentes d'adamantinomes polykystiques depuis 1934.

.../..

La lère intervention a été faite pour un kyste uniloculaire de la branche montante. Le 3 Mai 1952, une nouvelle intervention, la cinquième, est pratiquée sous anesthésie loco-régionale avec anesthésie de base (1 cc,5 de Sédol); énucléation des kystes de la branche montante et de la branche horizontale; mêmes doses d'acide trichloroacétique; pénicilline générale.

La cavité se ferme lentement, sans suture.

Il n'y pas de récurrence, mais nous avons seulement un recul d'un an.

OBSERVATION n° 2 -

Monsieur P..... M....., 25 ans, est adressé dans le service le 13 Juin 1950 par le Professeur LEGER pour tuméfaction parotidienne droite.

Mais un examen plus complet montre une augmentation de volume du maxillaire inférieur droit, étendue de la deuxième molaire à la portion moyenne de la branche montante.

Des douleurs assez vives dans toute la région avec trismus intermittent sont notées, pas de signe de Vincent.

Sur la radiographie, on distingue deux images kystiques arrondies, la plus antérieure au niveau de la dent de sagesse absente et sous les racines de la 2ème molaire, la deuxième occupe presque toute la branche montante s'étendant jusqu'à l'échancrure sigmoïde respectant le condyle et le coroné.

L'affection a débuté en 1937 par un accident de dent de sagesse (?); celle-ci fut extraite; quelques mois plus tard apparaissait une tuméfaction parotidienne récidivante, traitée par la radiothérapie, mais on n'obtenait qu'une sédation partielle.

.../..

Plusieurs curettages au niveau de l'alvéole de la dent de sagesse suivis de radiothérapie amènent une amélioration temporaire.

Une ponction du kyste est pratiquée dans le service, elle ramène du pus qui se révèle aseptique.

Ce malade est adressé au Docteur PACLEONE en Août 1950 pour une série d'irradiations qui ne provoquent pas de modifications notables des lésions, une deuxième série est instituée en décembre 1950, après tentative d'extraction de la 2ème molaire; celle-ci s'étant révélée extrêmement difficile, les apex sont laissés en place pour ne pas traumatiser ce maxillaire qui a déjà subi plusieurs séries d'irradiations. Un fragment très superficiel est adressé à l'anatomo-pathologiste : il s'agit de tissu gingival sans cellules adamantines.

Apparition d'un trismus assez serré en juin 1952 avec suppuration importante par 2 ou 3 fistules au niveau du kyste antérieur.

Les apex sont extraits en décembre 1952, le curettage de la poche ramène du pus et de petits séquestres osseux lamellaires.

Cette thérapeutique amène une amélioration très nette : la suppuration est tarie, le trismus rétrocede lentement.

Nous n'avons pas revu ce malade depuis cette date.

OBSERVATION n° 3 -

Mademoiselle M..... Y....., 18 ans, vient consulter dans le service du Docteur LATTES le 15 Juin 1952 pour une tumeur importante de la région maxillaire inférieure gauche s'étendant de l'angle à la région canine.

L'évolution a été progressive, sans douleurs ni trismus.

L'examen de la denture montre une carie profonde sur la première molaire et l'absence de dent de sagesse du côté intéressé.

Une radiographie montre un très grand kyste dans la région molaire, polycyclique, avec des kystes plus petits au niveau des prémolaires et de la dent de sagesse dont la couronne butte contre la face distale de la deuxième molaire.



S'agit-il d'un adamantinome ou d'une tumeur à myéloplaxes ?

Intervention le 10 Juillet sous anesthésie loco-régionale par le Docteur BATAILLE, après avulsion des dents au-dessus des formations kystiques, énucléation soigneuse de tous les kystes visibles après effondrement des cloisons à la pince gouge.

Examen histologique montrant des cellules adamantines.

Plusieurs séances traitées d'acide trichloroacétique sont laissées dans la cavité jusqu'à ce que celle-ci soit tapissée de fibro-muqueuse.

Le 18 Août 1952, un appareil dentaire est mis en bouche.

En Décembre 1952, la cicatrisation était satisfaisante avec comblement rapide de la cavité, ne permettant plus le mise en place de la prothèse operculaire.

Le 20 Mai 1953 une radiographie de contrôle montrait une restauration osseuse pratiquement complète.

OBSERVATION n° 4 -

Monsieur R..... R....., 47 ans, est dressé au Docteur BATAILLE le 1er Juillet 1952 pour une masse kystique multiloculaire ayant détruit presque toute la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur et la portion antérieure de la branche verticale au-dessous du coroné.

Sur les films de face et occlusaux, la corticale de l'os semble éclatée, envahissement des parties molles au niveau du plancher et dans la joue.



Le 5 Juillet 1952, sous anesthésie générale et pontotéal, intervention par voie intra-oculaire, curettage de toute la région, os et parties molles - mèches d'acide trichloroacétique.

Résultats histologiques : "aspect typique d'adamantinome vrai sur toutes les lames" (Dr. KERMUD). Deux mois plus tard, nous plaçons une prothèse obturatrice.

Des bourgeonnements suspects s'étant constitués, nous pratiquons deux nouveaux curettages avec, chaque fois, un examen histologique : "adamantinome typique".

Un dernier curettage le 4 Mars 1953 nous laisse seulement "un tissu de cicatrisation normal".

Ce malade est revu en 1. 5. 1 1953; la cicatrisation se poursuit de façon très satisfaisante.

OBSERVATION n° 5 -

Madame F..... H.L....., 39 ans, est adressée dans le service du Docteur LATTES pour une tuméfaction maxillaire inférieure droite, interdisant le port d'une prothèse mobile partielle; avec signe de Vincent; névralgies intermittentes.

La radiographie montre deux énormes kystes à contours polycycliques occupant presque toute la hauteur de la branche horizontale, débordant sur la branche montante, atteignant en avant la région prémolaire.



Histoire de la maladie -

Début en 1935, au cours d'un traitement au Bivatal (traitement d'attaque pour une syphilis récente) par des accidents inflammatoires au niveau de la 2ème molaire inférieure droite. Cette dent est extraite, la lésion osseuse peu étendue est curettée (1ère intervention).

Une ostéite s'ensuit et nécessite un 2ème curettage 2 mois plus tard (2ème intervention).

En 1937 - Nouveaux accidents inflammatoires au niveau de la région molaire. Sous anesthésie générale, extraction des dents jusqu'à la 1ère prémolaire et curettage très important (3ème intervention).

En 1939 nouveaux accidents inflammatoires qui exigent 2 curettages en 15 jours (4ème intervention).

En 1941, nouvelle poussée et nouveau curettage (5ème intervention).

Une biopsie faite à ce moment montre qu'il s'agit de :
"kyste adamantin typique" (Dr. ARDOIN).

En 1951, nouveau sarcome très important complété par une galvanisation, troisième intervention à la suite de 1^{ère} intervention (6^{ème} intervention).

Puis période de tranquillité totale de 11 ans, ensuite apparition de douleurs au même temps que la mandibule augmente de volume, ce qui empêche le port d'une prothèse partielle.

La malade subit un autre curage en 1962 (7^{ème} intervention).

Intervient le 29 Avril 1962 sous anesthésie loco-régionale et anesthésie de base.

Sarcome s'étendait depuis l'angle mandibulaire jusqu'à la lèvre inférieure, la table externe est presque entièrement réséquée, on conserve une lamelle maxillaire et une partie de la table interne - mèches d'acide trichloroacétique - pénicilline générale.

Examen histologique : Adamantinome atypique.

Mise en bouche d'une prothèse obturatrice en résine le 18 Juin 1962.

Le 5 Mai 1963, nous avons revu la patiente, depuis 3 mois la mise en place de la prothèse obturatrice est impossible. L'os s'est reconstitué, la muqueuse est absolument normale. Une radiographie de contrôle montre une radiopacité osseuse de toute la portion détruite par la tumeur. A la partie supérieure de la branche horizontale, il persiste cependant deux petites zones radio-claires à contours irréguliers, de la grosseur d'un petit pois - l'inférieur desquelles une trabéculatation osseuse est nettement visible. S'agit-il d'un foyer localisé d'ossification ou d'une récurrence ? Il est encore prématuré de conclure.

OBSERVATION n° 6 -

Madame M..... L....., 34 ans, est adressée dans le service le 24 Septembre 1953 pour un volumineux adénoïdome polykystique du maxillaire inférieur droit s'étendant du tiers supérieur de la branche montante jusqu'à la deuxième prémolaire inférieure droite. Les molaires sont absentes.

La radiographie montre un grand nombre de cavités kystiques dans cette région.



Dans ses antécédents, nous relevons un fait intéressant : 9 ans auparavant, elle avait présenté un kyste volumineux s'étendant de la 2ème prémolaire inférieure droite à l'échancrure sigmoïde, avec quelques traits de refend et présence d'une dent de sagesse implantée sur le rebord basilaire de l'angle, les molaires étaient absentes, extraites depuis 2 ans. Une ponction avait ramené un liquide jaune citrin contenant 1 gr.95 de cholestérol par litre - pas de signe de Vincent.

La masse kystique et la dent de sagesse incluse avaient été extirpées d'un seul bloc.

Les suites opératoires furent banales, une radiographie faite un an après l'intervention montrait une recalcification complète de l'ancienne cavité.

L'examen histologique est celui d'un kyste paradentaire typique, aucune cellule adamantine.

Le 22 Décembre 1952, sous anesthésie loco-régionale avec anesthésie de base, une cure radicale était pratiquée, nous avons trouvé une énorme cavité ayant fait effraction vers le plancher et le pilier antérieur du voile, étendue du tiers supérieur de la branche montante jusqu'à la deuxième prémolaire.

Mise en place d'une nêche d'acide trichloroacétique et pénicilline intra-musculaire, pendant trois jours.

Résultats histologiques : "Il s'agit d'un adamantinome polycystique tout-à-fait typique où les éléments tumoraux sont multiples, disséminés dans un stroma fibreux extrêmement abondant " (Dr. RENAUD).

Pendant un mois, la cavité est maintenue ouverte au moyen de nêches à l'acide trichloroacétique ou de nêches iodoformées.

Le 13 Février 1953, mise en bouche d'un appareil obturateur en résine.

Actuellement, la cicatrisation est satisfaisante; aucun bourgeonnement suspect, plus de la moitié de la cavité est déjà comblée.

.../.,
.../..

CONCLUSIONS

1°) Les adamantinomes polykystiques sont des néoplasies qu'il est difficile de situer entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. D'une part leur évolution est lente - et le retentissement ganglionnaire exceptionnel tant que n'intervient pas un élément infectieux surajouté - D'autre part les récidives sont fréquentes après intervention - et si leur transformation maligne, au cours de ces récidives surtout, est rare - on ne peut affirmer qu'elle soit exceptionnelle.

Pourquoi les récidives sont-elles si fréquentes ?

Il semble bien que la raison majeure réside dans le fait qu'il est impossible d'affirmer une excision totale, car les kystes adamantins essaient à distance : même lorsqu'ils sont révélés par la radiographie, certains restent inaccessibles à l'acte chirurgical.

Or, toute tumeur bénigne est susceptible de récidiver si son ablation a été incomplète.

Mais il faut bien dire que les adamantinomes polykystiques récidivent avec une fréquence extrême - et que leur dégénérescence maligne apparaît surtout au cours de ces récidives -.

Or ces récidives après intervention constituent une des particularités majeures des "épithéliomas ramifiés", tels que LEROUX les a étudiés à propos des tumeurs nées de la parotide. Ces épithéliomas ramifiés sont des cancers en puissance, qui n'attendent qu'une occasion favorable de révéler leur malignité. Les adamantinomes polykystiques semblent bien présenter quelque analogie avec ces tumeurs : mais ceci reste encore du domaine de l'hypothèse.

2°) Du point de vue thérapeutique, il semble bien que la chirurgie garde tous ses droits.

La question se pose de savoir s'il faut préférer des interventions limitées à de larges réssections osseuses.

Les interventions limitées, à la demande, avec quelques modifications que nous avons précisées, ont l'avantage de respecter l'intégrité de l'arc mandibulaire. Elles ont l'inconvénient de nécessiter souvent des curetages successifs, parfois échelonnés sur plusieurs années. Or c'est au cours des récidives qu'intervient le plus souvent la dégénérescence maligne.

Les larges réssections osseuses sont mutilantes. Leur inconvénient majeur est de ne pas éviter à coup sûr la récidive, car elles n'atteignent pas toujours les limites de la tumeur, quand celle-ci a envahi les tissus mous.

Il ne semble pas que les agents physiques soient capables d'améliorer beaucoup le traitement : la nécessité de doses élevées de Rayons rend aléatoire et dangereuse toute tentative chirurgicale ultérieure.

Nous croyons qu'il faut donner la préférence à la chirurgie limitée et conservatrice, qui évite une mutilation certaine, si elle ne met pas à l'abri d'une cancérisation qui semble en somme assez rare.

Enfin les caustiques chimiques (acide trichloroacétique, nitrate d'argent, chlorure de zinc) constituent un appoint important après le curetage et au cours de la cicatrisation qui doit se faire à ciel ouvert.

.....

Vu, le Président de Thèse
M. DECHAUME

Vu, le Doyen
L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD P.L. - Etude anatomo-clinique des épithéliomes adamantins du maxillaire supérieur - Thèse Paris 1934
- ARDOIN G. - Etude de 7 cas de tumeurs du maxillaire inférieur.
Annales d'anatomie pathologique
9 Janvier 1930
- ANDRE et AL. - Adamantinome étendu à la fosse ptérygo-maxillaire, opéré par voie transzygomatique et chirurgie plastique réparatrice - Maroc méd. Janvier 1952 - n° 319
- BAULESSE et LETOUR - Considération radio-cliniques à propos du 11. cas d'adamantinomes -
Presse médicale n° 21 - 5 Avril 1950
- BERCHER - CODVELLE et RUPPE - Les adamantinomes -
Presse médicale n° 92 14 Nov. 1936
- BERCHER et GRANDCLAUDE - Etude anatomo-clinique d'une tumeur adamantine du maxillaire inférieur -
Revue odontologique 1930 - n°30 p.102
- BICHAOUI - Contribution à l'étude des adamantinomes -
Thèse Paris 1947
- BERCHER et VIDINSKI - Les tumeurs liées à l'existence du système dentaire : état actuel de nos connaissances -
Rev.de Stomatol. Paris 1926 n° 9
- BERARD et EUNET - Tumeur adamantine du maxillaire inférieur à évolution lente -
Société de chirurgie de Lyon
4 Déc. 1924

BRANDON S. - Adamantinome de la région maxillaire gauche -

J. oral. surg. - Juillot 1949 - 505-511

CERNEA P. - Quelques observations de grands kystes du maxillaire inférieur
et de kystes multiloculaires -

Ortho. et restauration maxillo-faciale

vol. 3 n° 2

Février 1946

CERNEA P. - Electrochirurgie des épithéliomes du plancher de la bouche
et du maxillaire inférieur -

Rapport du 11° Congrès de Stomato (Prélat)

CATLIN D. - Adamantinome de la mandibule -

Ann. surg. Avril 1949 - 505 - 511

CHAPUT A. (dne) - A propos des adamantinomes fibre-kystiques -

Médecine et Hygiène - page 311 - 15 Août 1950

CORYLLOS P. - Les adamantinomes -

Annales des maladies de l'oreille et du larynx -

Paris 1912

CHOLPRET - DECHAUME - RICHARD - Technique chirurgicale bucco-dentaire -
(Masson)

CROQUELIER M. - Epithélioma adamantin et adamantinome solide dentifié -

Rev. de stomatol. Juin 1937.

DARCISSAC - Présentation d'une malade atteinte d'un adamantinome récidivant
du maxillaire inférieur à forme grave, traité par l'acide
trichloroacétique, et actuellement cliniquement et radiologiquement
guéri -

Rev. Stomatol. Mai-juin 1950 - p. 363-365

DAVIS E.D.D. - Tumeur kystique multi-loculaire ou adamantinome de la
mâchoire -

Lancet - 1er Nov. 1952 p. 862-864

DECHAUME M. - Précis de Stomatologie -

Masson 1949

DECHAUME et CHOMPREY - ~~Chondrosarcome~~ des os maxillo-mandibulaires -

Revue de Stomatol. Juin 1931

DELAHAYE et LEBLANC - Comment les tumeurs des mâchoires se développent aux dépens d'une dysembryoplasie épithéliale -

Contribution à l'histogénèse du cancer Paris 1923

DEROULX et CARLIER - Adamantinome du maxillaire -

L'écho médical du Nord - Tome 15 n° 12 Déc. 1944

EBSTEIN - Les kystes adamantins -

Actualités O.R.L. 1949

FLEURY et al. - A propos d'une observation d'adamantinome -

Rev. de Stomatol. Mai-juin 1950 p. 379-393

FREY et RUPPE - Pathologie de la bouche et des dents -

FRINZ F. - A propos des suites d'une intervention pour adamantinome kystique de la mandibule -

Rev. de Stomatol. avril 1951 p. 224-229

FRINZ F. - Contribution à l'étude du traitement des épithéliomas adamantins -

Thèse Paris 1950

GERNEZ - MOULONGUET - MAILLET -

Journal chirurgie 1935

GIRAUD et al. - Epithéliome adénoïde traité depuis 20 ans par radio-chirurgie -

J. radiol. électrol. 1950 p. 193-194

GRUBES O. - Adamantinome du maxillaire inférieur au pomm -
Ann. sur. Nov. 1948 p. 975-1005

GRANDCLAUDE et ARDOIN - Métaplasie cylindroépithéliale d'une tumeur adamantine -
Annales d'anatomie pathologique 1950 p. 137

GRAFTON LOVE J. et al. - Craniopharyngiomes; adénomatomes hypophysaires -
Surg. Gyn. obst. mai 1950 p. 552-601

HOUPERT et FRIES - Tumeurs des mâchoires d'origine dentaire -
Vigot 1934

HANKEY S.I. - Adamantinome de type primitif traité par la chirurgie et
la radiothérapie -
Proc. Roy. Soc. Méd. Oct. 1952 p. 708-709

HOLLOWAY J.W. - Hémi-résection de la mandibule pour adamantinome récidivant -
Ann. surg. Août 1952 p. 277-281

HOUPERT - Epithélioma adamantin -
Encyclopédie médico-chirurgicale

IYER C.G.S. - Un adamantinome congénital - Relation de cas -
J. Neuro-surg. Mars 1952 p. 221-228

ISSENKAMP A. - Le traitement de la tumeur centrale à cellules géantes et
de l'adamantinome -
Deutsche Zahn - Zschr. 15 Septembre 1951

KIEFFER - L'adamantinome est-il toujours bénin ?
Zahn Ranschau 26 Avril 1942 - p. 562-565

LEDAIS - Traitement chirurgical des Adamantiniomes kystiques -
Rev. de stomatol. n° 12 1933

- LATTEO A. - Bouée d'une tumeur dysembryologique du maxillaire inférieur -
Rev. de stomatol. 1937 p. 180.
- LEPAUTRE - DELATRE et ARDOIN - Sur la transformation épithélio-sarcomateuse
atypique de 2 cas d'adamantinomes -
Bull. de l'Ass. Franç. pour l'étude du cancer
n° 4 Mai 1936.
- LECOURE - Contribution à l'étude des épithéliomes adamantins du maxillaire
supérieur -
Thèse Paris 1930.
- LEVEQUE A. - Adamantinome du maxillaire inférieur -
J. oral. surg. Oct. 1949 p. 338-339
- MAILLIER R. - La transformation épithélio-sarcomateuse des adamantinomes -
Thèse Paris 1937
- MANGALIK G.R. - Adamantinome du tibia -
Brit. J. surg. Mars 1952 - p. 428-432
- MAING A. - Contribution à l'étude anatomo-pathologique des tumeurs dites :
"adamantinomes kystiques des mâchoires" -
Thèse Paris 1951
- MAUREL G. - A propos de quelques nouveaux cas d'épithéliomes adamantins -
Rev. odontol. 1947 n° 9 et 10
- MALASSEZ et GALIPPE - Les débris épithélio-sarcomateux para-dentaires -
Masson 1911
- NAULLEAU J. - Adamantinome des 2 maxillaires supérieurs -
Presse médicale 22 Oct. 1952 p. 1440-1442
- OBERLING - VERNES et CHEVREAU - Un cas d'adamantinome du tibia -
Bull. de l'Assoc. Franç. pour l'étude du cancer
Mai 1938

- OEHLECKER F. - Un adamantinome du maxillaire inférieur ayant évolué 40 ans -
Zbl. chir. 1951 p. 84-96
- PARANT M. - Adamantinome kystique du maxillaire inférieur -
Rev. de stomatol. Avril 1950 p. 233-300
- ROSSERT A. - Etude des grands kystes adamantins multiloculaires au maxillaire inférieur -
Thèse Paris 1929
- ROBINSON M.S. - Améloblastoma -
Archives of pathology - 1937
- ROUSSY - Précis d'anatomie pathologique -
(Masson)
- TERRACOL J. - Guérison clinique prolongée d'un adamantinome polykystique après intervention minima -
Montpellier med. - Mars-avril 1944 p. 413
- THOMA - Oral pathology
(Mosby) 1950 p. 1273
- VULPIAN P. - A propos d'un épithélioma adamantin kystique contenant 3 dents incluses -
J. radiol. electrol. 1951 p. 686-687
- VORZIMMER et PERLA - L'existence de métastases pulmonaires dans un adamantinome du maxillaire -
Amer. J. of pathology 1932 p. 445
- WASS H. - Adamantinome mélanique du maxillaire chez un enfant de 5 mois -
Proc. Roy Soc. Med. Mai 1948 p. 281-283
- WUNDERER S. - Les adamantinomes malins -
Oster. Zschr. Stomatol. sept. 1952 - p. 519-527
- ZEITLIN H. - Adamantinome du prolongement hypophysaire et du sphénoïde -
Am. J. of cancer 1935 n° 4
-

